CRÉDIT AGRICOLE LIFE INSURANCE

CHECKLIST – NUOVA SOTTOSCRIZIONE (PERSONA FISICA)

In vigore dal 01/11/2026

DATI OBBLIGATORI

Numero di Proposta: _____

Denominazione/numero del Distributore assicurativo: _____

Cognome e nome del Distributore assicurativo: _____

Di seguito sono elencati tutti i documenti necessari per creare un dossier completo per una nuova sottoscrizione.

Tale elenco potrebbe non essere esaustivo, pertanto la Compagnia è autorizzata a richiedere qualsiasi altro documento complementare che dovesse ritenere utile per il completamento del dossier.

Avvertenza: Le parole al maschile includono il femminile e viceversa e le parole al singolare includono il plurale.

Documenti standard		Numero di copie	Inviato
Modulo di Proposta - Persona Fisica compilato e firmato da ciascun Contraente e dal Distributore assicurativo		1	☐
Informazioni sullo stato di salute dall'Assicurato firmato da ciascun Assicurato		1 per Assicurato	☐
Certificato medico nel caso in cui l'Assicurato intenda avvalersi del diritto all'oblio oncologico		1 per Assicurato	☐
Dossier Informativo - Persona Fisica compilato e firmato da ciascun Contraente e dal Distributore assicurativo		1	☐
Dossier Informativo - Persona Fisica compilato e firmato da ciascun Assicurato (se diverso dal Contraente) e dal Distributore assicurativo		1 per Assicurato	☐
Documenti giustificativi obbligatori			
Copia fronte/retro del documento d'identità in corso di validità datata e certificata "conforme all'originale" dal Distributore assicurativo		1	☐
Copia del giustificativo del domicilio *(fattura elettricità o gas o telefono fisso)* risalente a meno di tre (3) mesi		1	☐
Estremi del conto corrente bancario del Contrante: IBAN-BIC indicato nel Modulo di proposta ove sia indicato un saldo sufficiente per la detrazione del Premio Unico Iniziale.		1	☐
Documento che consente di spiegare e giustificare l'origine economica dei fondi (*es: atto di donazione/successione, cessione di attivi, guadagni professionali, ecc…*)		1	☐
Offerta di tariffazione o accordo della persona abilitata nel caso di deroga tariffaria (tasso maggiorato, costi, soglia, ecc…)		1	☐
Casi particolari – Documenti complementari da trasmettere a seconda dei casi			
Sottoscrizione con indizi di americanità	**Modulo FATCA W-9 o W-8BEN**	1	☐
Sottoscrizione di maggiorenne sotto tutela o curatela o di minorenne	**Modulo di proposta** debitamente firmato dal Rappresentante legale	1 Rappresentante legale	☐
	Copia del provvedimento del giudice che autorizza: la sottoscrizione del Contratto presso Calie Europe S.A., l'importo da investire e la clausola beneficiaria		☐
	Copia della sentenza del giudice sulla tutela o la curatela dell'incapace		☐
	Copia datata dello stato di famiglia per i minorenni		☐
	Copia fronte/retro del documento d'identità in corso di validità del Rappresentante legale, dei maggiorenni sotto tutela o curatela, dei minorenni, datata e certificata "conforme all'originale" dal Distributore assicurativo		☐

CRÉDIT AGRICOLE LIFE INSURANCE

	Dossier Informativo - Persona Fisica compilato e firmato da ciascun Rappresentante legale e dal Distributore assicurativo		☐
Assicurato con più di 85 anni	**Dichiarazione del Contraente** - Conoscenza dei rischi	1	☐
	Attestazione del Distributore assicurativo	1	☐
Beneficiari irrevocabili	**Copia fronte/retro del documento d'identità in corso di validità** datata e certificata "conforme all'originale" dal Distributore assicurativo	1 per Beneficiario irrevocabile	☐
Sottoscrizione di una Copertura decesso opzionale	**Formalità mediche**[1] se necessarie	1	☐
Creazione di un Fondo Interno Dedicato (FID)	**Modulo Fondo Interno Dedicato (FID) e Allegati** se necessario, compilati e firmati da ciascun Contraente ed Assicurato (se diverso dal Contraente);	1	☐
Creazione di un Fondo Interno Collettivo (FIC)	**Regolamento del Fondo Interno Collettivo (FIC)** compilato e firmato da ciascun Contraente ed Assicurato (se diverso dal Contraente).	1	☐
Documenti del Distributore assicurativo			
Copia fronte/retro del documento d'identità in corso di validità datata e certificata "conforme all'originale";		1	☐
Dichiarazione di rispondenza e di adeguatezza del Distributore assicurativo.		1	☐

Fatto il ____ ____ _____ **a** _____

Firma del Distributore assicurativo

CALI Europe - Société anonyme d'assurance vie
Sede legale: 9 allée Scheffer, Building C, L-2520 Luxembourg - R.C.S. Luxembourg B 75007
Indirizzo postale: BP 925, L-2019 Luxembourg
Tel. : (+352) 26 26 70 30 - Fax : (+352) 26 26 70 69

[1] Le formalità mediche devono essere trasmesse dall'Assicurato direttamente alla Compagnia e separatamente dal resto del Modulo di Proposta.

CRÉDIT AGRICOLE LIFE INSURANCE

CALIE Life Mosaic (I)

Prodotto d'investimento assicurativo di tipo multiramo

MODULO DI PROPOSTA

Persona Fisica

Versione Novembre 2026

CALIE Life Mosaic (I)

MODULO DI PROPOSTA

Persona Fisica

In vigore dal 01/11/2026

Numero di Proposta: _____

Denominazione/numero del Distributore assicurativo: _____

Cognome e nome del Distributore assicurativo_____

Avvertenza: Le parole al maschile includono il femminile e viceversa e le parole al singolare includono il plurale.

1. IDENTIFICAZIONE DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

	1° Contraente/Assicurato[1]	2° Contraente/Assicurato[1]
Titolo	☐ Signor ☐ Signora	☐ Signor ☐ Signora
Cognome		
Nome		
Cognome da nubile		
Data di nascita (gg/mm/aaaa)		
Comune di nascita		
Stato di nascita		
Indirizzo di residenza[2]		
Codice postale		
Città		
Stato		

2. COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni contrattuali dovranno essere trasmesse al Contraente all'indirizzo di residenza o di domicilio, a scelta del Contraente stesso.

Il Contraente desidera ricevere la corrispondenza (si prega di selezionare una delle seguenti opzioni):

- ☐ indirizzo di residenza del Contraente;
- ☐ indirizzo di domicilio (da compilare):

Via: _____ N° civico _____

Codice postale: _____Città: _____ Stato: _____

Il Contraente prende atto che l'invio delle comunicazioni in corso di Contratto all'indirizzo di domicilio è da intendersi equivalente, ad ogni effetto di legge, al recapito effettuato presso l'indirizzo di residenza e la Compagnia non potrà essere ritenuta responsabile in merito a tale scelta.

Tuttavia, la Compagnia, a sua discrezione e laddove lo reputi necessario, potrebbe trasmettere tutta la documentazione all'ultimo indirizzo di residenza del Contraente.

[1] Allegare la fotocopia fronte-retro del documento d'identità in corso di validità di ciascun Contraente/Assicurato, certificata conforme all'originale e datata dal Distributore assicurativo.

[2] Allegare la fotocopia di un giustificativo di residenza valido.

3. BENEFICIARIO IN CASO DI DECESSO

Particolare attenzione deve essere prestata alla designazione del Beneficiario, al fine di agevolare l'identificazione alla Compagnia e facilitare il pagamento della Prestazione assicurativa.

Il Contraente designa il Beneficiario in forma nominativa oppure in forma generica.

La designazione del Beneficiario può essere disposta anche tramite atto depositato presso un Notaio o per testamento. **In caso di designazione del Beneficiario nel testamento o tramite clausola notarile, si raccomanda al Contraente di indicare con precisione il Contratto (numero e denominazione), il Beneficiario designato e le eventuali percentuali di ripartizione**.

In caso di designazione del Beneficiario in forma nominativa, devono essere fornite tutte le informazioni richieste dalla Compagnia che le utilizzerà in caso di decesso dell'Assicurato.

Il Contraente può modificare/revocare i Beneficiari in qualsiasi momento comunicandolo alla Compagnia.

Qualora il Contraente proceda alla contemporanea designazione del Beneficiario sia in forma nominativa che in forma generica selezionando le corrispondenti caselle del presente Modulo di Proposta, la designazione del Beneficiario in forma nominativa prevale su quella generica.

1. ☐ Designazione del Beneficiario in forma nominativa

Il Contraente nomina il Beneficiario di seguito indicato che avrà diritto alla Prestazione assicurativa prevista dal Contratto nella misura indicata di seguito. **Si prega di verificare che la percentuale corrisponda al 100% (cento per cento).**

Beneficiario 1

Cognome: _____

Nome: _____

Data di nascita (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____

Stato di nascita: _____ Comune di nascita: _____

Indirizzo di residenza: _____

Nazionalità: _____

Codice fiscale: _____

E-mail: _____

Percentuale della Prestazione assicurativa: _____%

Relazione con il Beneficiario:

☐ Familiare: _____

☐ Altro: _____

Beneficiario 2

Cognome: _____

Nome: _____

Data di nascita (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____

Stato di nascita: _____ Comune di nascita: _____

Indirizzo di residenza: _____

Nazionalità: _____

Codice fiscale: _____

E-mail: _____

Percentuale della Prestazione assicurativa: _____%

Relazione con il Beneficiario:

☐ Familiare: _____

☐ Altro: _____

Beneficiario 3

Cognome: _____

Nome: _____

Data di nascita (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____

Stato di nascita: _____ Comune di nascita: _____

Indirizzo di residenza: _____

Nazionalità: _____

Codice fiscale: _____

E-mail: _____

Percentuale della Prestazione assicurativa: _____%

Relazione con il Beneficiario:

☐ Familiare: _____

☐ Altro: _____

Beneficiario 4

Cognome: _____

Nome: _____

Data di nascita (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____

Stato di nascita: _____ Comune di nascita: _____

Indirizzo di residenza: _____

Nazionalità: _____

Codice fiscale: _____

E-mail: _____

Percentuale della Prestazione assicurativa: _____%

Relazione con il Beneficiario:

☐ Familiare: _____

☐ Altro: _____

- **Qualora uno dei Beneficiari designati deceda in corso di Contratto, prima del decesso dell'Assicurato, il Contraente designerà un nuovo Beneficiario, in caso contrario la quota di sua spettanza andrà a beneficio degli eredi legittimi e/o testamentari del Beneficiario premorto in parti uguali tra loro.**
- **In caso di decesso del Beneficiario dopo il verificarsi del decesso dell'Assicurato, ma prima che la Compagnia gli abbia versato la quota di sua spettanza, il beneficio dovutogli sarà versato in parti uguali agli eredi legittimi e/o testamentari del Beneficiario deceduto. In assenza di eredi legittimi e/o testamentari del Beneficiario deceduto, la quota di Prestazione assicurativa spettante al Beneficiario deceduto sarà devoluta in parti uguali agli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato.**

AVVERTENZE

In caso di mancata indicazione dei Beneficiari in forma nominativa, la Compagnia potrà incontrare al decesso dell'Assicurato maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del Beneficiario.

Il Contraente desidera escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario, se indicato in forma nominativa, prima dell'evento assicurato: ☐ Sì ☐ No

Se la risposta è **No**, il Beneficiario potrà ricevere comunicazioni dalla Compagnia prima dell'evento, ovvero prima del decesso dell'Assicurato.

Nel caso in cui il Contraente non selezioni nessuna casella, la Compagnia **escluderà** il Beneficiario da qualsiasi comunicazione.

Nel caso in cui la Compagnia possa inviare le comunicazioni anche al Beneficiario designato in forma nominativa, il Contraente:

- Prende atto ed accetta che tali obblighi saranno adempiuti dalla Compagnia mediante le medesime modalità d'invio messe a disposizione per il Contraente.
- Riconosce che gli obblighi di invio saranno eseguiti soltanto nei confronti del Beneficiario noto alla Compagnia e presso i recapiti a questa comunicati. In tal senso il Contraente si impegna a comunicare alla Compagnia ogni eventuale variazione o revoca del Beneficiario ed a informare tempestivamente la Compagnia in merito alla modifica dei rispettivi recapiti.

2. ☐ Designazione del Beneficiario in forma generica (selezionare una sola casella):

2.1 ☐ Gli eredi legittimi o testamentari del Contraente:

a ☐ in parti uguali fra loro

b ☐ secondo le quote previste dalla normativa sulle successioni ereditarie

Qualora il Contraente non effettui alcuna scelta si applicherà di default l'opzione a (in parti uguali tra loro).

2.2 ☐ Clausola beneficiaria depositata presso il Notaio:

Nome e Cognome: _____,
il cui studio è ubicato in (indirizzo)_____.
In assenza di clausola beneficiaria depositata presso il Notaio la Prestazione assicurativa sarà devoluta in parti uguali agli eredi legittimi e/o testamentari del Contraente.

2.3 ☐ Clausola beneficiaria libera:

Il Contraente dovrà compilare di seguito la clausola beneficiaria precisando il nome, cognome, data e luogo di nascita, residenza e recapito di ciascun Beneficiario designato (in caso di necessità allegare al presente Modulo di proposta la clausola beneficiaria redatta su un foglio debitamente datato e firmato).

In assenza di uno dei Beneficiari designati per la quota di sua spettanza, subentreranno gli eredi legittimi e/o testamentari del Beneficiario in parti uguali, in mancanza gli eredi legittimi e/o testamentari del Contraente/Assicurato in parti uguali.

_____

_____

_____

3. ☐ Qualora manifesti specifiche esigenze di riservatezza, il Contraente può indicare i dati necessari per l'identificazione di un Referente terzo (diverso dal Beneficiario) a cui la Compagnia potrà fare riferimento in caso di decesso dell'Assicurato.

Referente terzo: _____

Cognome: _____

Nome: _____

Data di nascita (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____

Stato di nascita: _____ Comune di nascita: _____

Indirizzo di residenza: _____

E-mail: _____

Telefono: _____

Il Contraente, a tal proposito, si impegna sotto la propria responsabilità e sollevando la Compagnia da ogni responsabilità dovesse derivare in seguito al proprio inadempimento a:

- conferire specifico incarico al Referente terzo individuato e ad impartire allo stesso le istruzioni necessarie per supportare la Compagnia al fine di contattare il Beneficiario;
- consegnare al Referente terzo copia dell'informativa sulla Protezione dei Dati Personali;
- informare la Compagnia, mediante lettera raccomandata A/R, in caso di revoca dell'incarico oppure nel caso in cui il Referente terzo dovesse rinunciare all'incarico. La revoca del Referente terzo sarà valida dal momento in cui la Compagnia riceverà la summenzionata lettera raccomandata A/R;
- informare tempestivamente la Compagnia, mediante lettera raccomandata A/R, dei dati di identificazione nonché dei dati di contatto del Referente terzo qualora dovesse cambiare in corso di Contratto. La modifica del Referente terzo sarà valida dal momento in cui la Compagnia riceverà la summenzionata lettera raccomandata A/R.

4. OBIETTIVI DELLA SOTTOSCRIZIONE

Scopo del Contraente (diverse opzioni possibili)

☐ Reddito complementare (pensione integrativa, ecc…)
☐ Pianificazione di una successione
☐ Valorizzazione del patrimonio
☐ Risparmio a scopo prudenziale
☐ Utilizzo del Contratto come strumento di garanzia (Pegno/cessione…)
☐ Preparazione di un progetto (specificare): _____
☐ Altro (specificare): _____

Obiettivo dell'investimento del Contraente (una sola scelta possibile)

☐ Conservazione del capitale ☐ Crescita limitata ed esposizione moderata al rischio
☐ Crescita dinamica ed esposizione significativa al rischio

Orizzonte temporale del Contraente (una sola scelta possibile)

☐ < 3 anni ☐ da 3 a 8 anni ☐ > 8 anni

5. CLASSIFICAZIONE DEL CONTRAENTE E DEL CONTRATTO

1. Informazioni sul Contraente

1° Contraente

Importo complessivo dei Contratti di assicurazione vita sottoscritti presso la Compagnia: _____

Patrimonio in valori mobiliari[3]:

☐ < 250.000€[4] ☐ tra 250.000€[4] e 500.000€[4] ☐ tra 500.000€[4] e 1.250.000€[4]
☐ tra 1.250.000€[4] e 2.500.000€[4] ☐ > 2.500.000€[4]

Il Contraente è informato che i FID sono accessibili solo per i Contraenti che dichiarano di possedere un patrimonio in valori mobiliari superiore a 250.000€[4].

2° Contraente

Importo complessivo dei Contratti di assicurazione vita sottoscritti presso la Compagnia:

Patrimonio in valori mobiliari[3]:

☐ < 250.000€[4] ☐ tra 250.000€[4] e 500.000€[4] ☐ tra 500.000€[4] e 1.250.000€[4]
☐ tra 1.250.000€[4] e 2.500.000€[4] ☐ > 2.500.000€[4]

Il Contraente è informato che i FID sono accessibili solo per i Contraenti che dichiarano di possedere un patrimonio in valori mobiliari superiore a 250.000€[4].

2. Richiesta di nuova classificazione

Il Contraente può richiedere di essere classificato in una categoria inferiore a quella disciplinata nella Guida ai Supporti e ai Fondi del Contratto delle Condizioni di Assicurazione, selezionando una delle seguenti categorie:

☐ Categoria N ☐ Categoria A ☐ Categoria B ☐ Categoria C

Il Contraente è informato che tale classificazione si applica all'insieme dei Fondi espressi in quote del Contratto.

[3] S'intende il Valore complessivo degli strumenti finanziari posseduti dal Contraente maggiorato dei depositi bancari e dei Contratti di assicurazione vita, al netto dei qualsiasi debito. Il Patrimonio in valori mobiliari che fa parte di una comunione dei beni deve essere considerato per metà, mentre i debiti devono essere considerati nella loro totalità.

[4] O equivalente in altra valuta.

3. Origine economica dei fondi destinati al versamento del Premio Unico iniziale (diverse opzioni possibili)

Natura	Documenti giustificativi	Data, importo e valuta dell'evento
☐ **Redditi**	☐ Busta paga o busta paga di fine rapporto; ☐ Pensione; ☐ Documentazione relativa a premi/bonus; ☐ Per redditi fondiari: documentazione idonea che indichi l'importo spettante al Contraente	_____ _____ _____ _____
☐ **Risparmio professionale**	☐ Copia del conto corrente bancario ☐ Copia del libretto di risparmio ☐ Altro documento probatorio	_____ _____ _____
☐ **Risparmio familiare**	☐ Copia del conto corrente bancario ☐ Copia del libretto di risparmio ☐ Altro documento probatorio	_____ _____ _____
☐ **Donazione**	☐ Copia dell'atto di donazione ☐ Copia dell'atto notarile ☐ Altro documento probatorio	_____ _____ _____
☐ **Successione**	☐ Attestazione notarile indicante la data della successione e l'importo spettante al Contraente ☐ Devoluzione ereditaria	_____ _____ _____
☐ **Cessione d'impresa**	☐ Estratto dell'atto di vendita o del contratto di cessione ☐ Attestazione di vendita rilasciata da un notaio o da un avvocato, indicante la data della vendita e l'importo spettante al Contraente	_____ _____ _____ _____
☐ **Vendita di beni immobili**	☐ Attestazione o rendiconto notarile indicante la data di vendita, il prezzo di vendita e l'importo spettante al Contraente	_____ _____ _____
☐ **Vendita di titoli** (*precisare*): ☐ **Vendita di titoli o di altri beni mobiliari/Vendita di azioni di società** ☐ **Vendita di titoli derivanti da stock option o da azioni**	☐ Estratto conto di portafoglio che mostra i flussi di fondi in uscita ☐ Copia del riepilogo delle transazioni	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
☐ **Contratto di assicurazione vita**	☐ Appendice al Certificato di polizza - Riscatto del Contratto di assicurazione sulla vita ☐ Ricevuta di Riscatto che confermi il pagamento e indichi l'importo, il nome del Beneficiario e la data di decorrenza	_____ _____ _____ _____ _____
☐ **Indennità** *(specificare):* ☐ **Indennità di decesso** ☐ **Indennità di invalidità** ☐ **Indennità di divorzio** ☐ **Indennità di fine rapporto**	☐ Prova del pagamento della prestazione che specifichi la natura dell'indennità (divorzio, licenziamento, ecc.), la data e l'importo dovuto al Contraente	_____ _____ _____ _____ _____ _____
☐ **Altra origine dei fondi**	☐ Memo del Distributore assicurativo e documenti giustificativi appropriati che dettagliano l'origine dei fondi, la data e l'importo dovuto al Contraente	_____ _____ _____

6. VERSAMENTO ED INVESTIMENTO DEL PREMIO UNICO INIZIALE

1. Valuta di riferimento del Contratto

☐ EUR ☐ USD ☐ GBP ☐ CHF

La valuta di riferimento del Contratto resterà in vigore per tutta la vita del Contratto.

In mancanza di scelta, la valuta di riferimento del Contratto sarà la valuta del pagamento del Premio Unico iniziale.

2. Importo e valuta del Premio Unico iniziale

Importo del Premio lordo versato: _____ Valuta del Premio: ☐ EUR ☐ USD ☐ GBP ☐ CHF

3. Modalità di pagamento del Premio Unico inziale alla sottoscrizione

Il versamento sarà effettuato mediante bonifico bancario.

Il pagamento verrà effettuato presso il conto corrente fornito dalla Compagnia dopo l'accettazione del Modulo di proposta.

Identificazione del conto corrente di provenienza del bonifico

Denominazione dell'istituto bancario: _____

Stato: _____

☐ Conto (personale) del Contraente — IBAN: _____

☐ Conto cointestato del Contraente (in caso di sottoscrizione congiunta) — IBAN: _____

Nome del 2° titolare del conto: _____

Legame del 2° titolare del conto con il Contraente: _____

_____

☐ Altro conto[5] — IBAN: _____

Nome del titolare del conto: _____

4. Allocazione del Premio Unico iniziale alla sottoscrizione

Supporto espresso in valuta		**% del Premio**
Supporto Euro Select		%
Fondi Interni Dedicati		
FID	**Denominazione FID**	**%**
FID 1 (Compilare il Modulo FID)		%
FID 2 (Compilare il Modulo FID)		%
FID 3 (Compilare il Modulo FID)		%
FID 4 (Compilare il Modulo FID)		%
Fondi Interni Collettivi/Fondi Esterni		
ISIN	**Denominazione**	**%**
		%
		%
		%
		%
		%
		%
TOTALE		**100%**

[5] Bonifico da un conto corrente di un terzo, previo consenso della Compagnia.

L'importo minimo del Premio Unico iniziale è di 500.000€ (cinquecentomila euro o equivalente nella valuta del pagamento), Costi d'ingresso inclusi, tenendo presente le seguenti specificità:

- in caso di investimento nel Supporto Euro Select, l'importo minimo non può essere inferiore a 50.000€ (cinquantamila euro o equivalente nella valuta del pagamento) Costi d'ingresso inclusi;
- in caso di investimento in uno o più FID, l'importo minimo non può essere inferiore a 300.000€ (trecentomila euro o equivalente nella valuta del pagamento) Costi d'ingresso inclusi;
- in caso di investimento in uno o più Fondi esterni, o uno o più FIC l'importo complessivo non può essere inferiore a 50.000€ (cinquantamila euro o equivalente nella valuta del pagamento) Costi d'ingresso inclusi, ed in particolare, l'investimento in ogni Fondo esterno e/o FIC deve essere di almeno 10.000€ (diecimila euro o nella valuta del pagamento).

7. COSTI DEL CONTRATTO

- **Costi d'ingresso per il Premio Unico iniziale alla sottoscrizione: _____** % (max **1**%)
- **Costi di gestione del Contratto:**
  - **Supporto Euro Select** _____ % annua (max 1%)
  - **FIC/Fondi esterni** _____ % annua (max 1%)
  - **FID**
    - Costi di gestione amministrativa
      - FID 1 _____ % annua (max 1%) con un minimo di 625€ a trimestre
      - FID 2 _____ % annua (max 1%) con un minimo di 625€ a trimestre
      - FID 3 _____ % annua (max 1%) con un minimo di 625€ a trimestre
      - FID 4 _____ % annua (max 1%) con un minimo di 625€ a trimestre
    - Costi di gestione finanziaria
      - FID 1 _____ % annua ☐ IVA inclusa[6] ☐ IVA esclusa (max 1.5% per anno IVA inclusa)
      - FID 2 _____ % annua ☐ IVA inclusa[8] ☐ IVA esclusa (max 1.5% per anno IVA inclusa)
      - FID 3 _____ % annua ☐ IVA inclusa[8] ☐ IVA esclusa (max 1.5% per anno IVA inclusa)
      - FID 4 _____ % annua ☐ IVA inclusa[8] ☐ IVA esclusa (max 1.5% per anno IVA inclusa)

Nota bene!

Una parte dei Costi di gestione amministrativa del Contratto potrebbe essere retrocessa al Distributore assicurativo quale remunerazione per la sua attività di distribuzione, salvo che questo non abbia previamente informato la Compagnia, in merito all'eventuale pagamento a mezzo onorario direttamente dal Contraente.

- **Costi di riscatto:**
  - **Supporto espresso in valuta (una sola scelta possibile):**
    - ☐ Prelievo dei Costi di riscatto per tre (3) anni: in caso di Riscatto prima di tre (3) anni dalla data dell'investimento nel Supporto espresso in valuta i Costi di riscatto sono prelevati dal controvalore riscattato al tasso del 3,60%, che decresce dello 0,10% per ogni mese trascorso dalla data dell'investimento nel Supporto espresso in valuta.
    - ☐ Prelievo dei Costi di riscatto per cinque (5) anni: in caso di Riscatto prima di cinque (5) anni dalla data dell'investimento nel Supporto espresso in valuta, i Costi di riscatto sono prelevati dal controvalore riscattato al tasso del 3%, che decresce dello 0,05% per ogni mese trascorso dalla data dell'investimento nel Supporto espresso in valuta. (Opzione predefinita).
  - **Fondi espressi in quote: non applicabile**
- **Costi di switch: max 0.60% sull'importo disinvestito nei seguenti casi:**
  - Switch dal Supporto espresso in valuta verso Fondi espressi in quote
  - Switch dai Fondi espressi in quote verso il Supporto espresso in valuta
  - Switch tra Fondi espressi in quote
- **Premio di rischio: vedere le tabelle nelle Condizioni di Assicurazione.**

[6] L'IVA lussemburghese in vigore è pari al 17%, con riserva di modifiche. Se non diversamente specificato, la tariffa indicata si intende comprensiva di IVA.

8. COPERTURE IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO

Il Contratto è a vita intera.

In presenza di due (2) Assicurati, la Prestazione Assicurativa verrà liquidata al primo (1°) decesso intervenuto fra questi.

La Copertura decesso Standard è obbligatoria.

Scelta della Copertura decesso opzionale

È possibile sottoscrivere una sola Copertura decesso opzionale per Contratto a condizione che ciascun Assicurato abbia minimo 18 (diciotto) anni e non più di 85 (ottantacinque) anni al momento della sottoscrizione.

La Compagnia raccomanda il Contraente di rivolgersi al Suo Distributore assicurativo, circa la scelta della Copertura decesso opzionale.

☐ **Copertura decesso "Capitale investito"** (proposta esclusivamente alla sottoscrizione del Contratto)

☐ **Copertura decesso "Capitale maggiorato"** (proposta esclusivamente alla sottoscrizione del Contratto)
Percentuale di maggiorazione scelta dal Contraente: ☐ 1% ☐ 5% ☐ 10% ☐ 15% ☐ 20% ☐ 30%

☐ **Copertura decesso "Capitale ridotto"** (proposta esclusivamente alla sottoscrizione del Contratto)
Percentuale di riduzione scelta dal Contraente: ☐ 5% ☐ 10% ☐ 15% ☐ 20% ☐ 30%

☐ **Copertura decesso "Cliquet"** (proposta alla sottoscrizione del Contratto ed in corso di Contratto)

☐ **Copertura decesso "Percentuale forfettaria"** (proposta alla sottoscrizione del Contratto ed in corso di Contratto)
Percentuale scelta dal Contraente: ☐ 5% ☐ 10% ☐ 15%

☐ **Copertura decesso "Importo prefissato"** (proposta alla sottoscrizione del Contratto ed in corso di Contratto)
Importo scelto dal Contraente: _____ €[7]

Sottoscrivendo una delle Coperture decesso opzionali, il Contraente/Assicurato si impegna a fornire tutta la documentazione medica eventualmente richiesta dalla Compagnia, fatta salva la disciplina sul diritto all'oblio oncologico (-> Allegato informazioni sullo stato di salute e oblio oncologico).

Il Capitale di rischio delle Coperture decesso Standard ed opzionali stabilite sull'insieme dei Contratti assicurati dalla Compagnia non potrà superare il Massimale di 3.000.000€ (tre milioni di euro o equivalente nella valuta di riferimento del Contratto) per uno stesso Assicurato.

Il Capitale di rischio per ogni Copertura decesso opzionale non potrà superare il Massimale di 3.000.000€ (tre milioni di euro o equivalente nella valuta di riferimento del Contratto).

9. CANALIZZAZIONE DEI FLUSSI FINANZIARI RELATIVI AL CONTRATTO

Il Contraente indica il conto corrente sul quale la Compagnia dovrà effettuare il pagamento degli importi derivanti dal Contratto, ivi inclusi gli importi derivanti dal Recesso, dal Riscatto totale o parziale, laddove tutti i flussi finanziari relativi al Contratto siano stati canalizzati attraverso un Distributore finanziario residente in Italia (es. Banca o Società fiduciaria).

Il Contraente autorizza la Compagnia a versare gli importi derivanti dal Contratto sul seguente conto corrente a suo nome:

IBAN: _____ BIC: _____

10. DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ FISCALE

Io sottoscritto dichiaro e confermo:

- di essere fiscalmente residente in Italia e di essere stato informato dal mio Distributore assicurativo che il regime fiscale applicabile è quello del mio Stato di residenza;
- di impegnarmi a comunicare per iscritto alla Compagnia ogni cambio di residenza entro i trenta (30) giorni successivi all'intervenuto cambio;
- di aver ricevuto un parere indipendente dal Distributore assicurativo circa l'opportunità di sottoscrivere il Contratto e la sua adeguatezza alle mie caratteristiche;
- di aver ottemperato a tutti gli obblighi fiscali applicabili in relazione al Contratto e di aver fornito alla Compagnia la relativa documentazione utile comprovante la piena conformità ai relativi obblighi;
- che la Compagnia potrà comunicare tutte le informazioni utili relative al Contratto, ogni cambiamento (Premio Aggiuntivo, variazione del Beneficiario, cessione del Contratto…) e ogni operazione sullo stesso (Riscatto totale o parziale, termine per decesso…) alle autorità fiscali competenti al fine di adempiere ai propri obblighi fiscali e legali;
- di essere a conoscenza che la Compagnia opera in qualità di sostituto d'imposta sui proventi del Contratto, applica le imposte dovute sui Contratti in essere ed eroga gli importi in caso di Riscatto (parziale o totale) ed in caso di decesso al

[7] O equivalente in altra valuta.

netto della tassazione vigente;
- ed esonero espressamente la Compagnia dai suoi obblighi relativi al segreto professionale assicurativo così come prevista dalla normativa lussemburghese;
- ed autorizzo a comunicare tutti i dati che concernono la mia persona e il mio Contratto, consentendo di adempiere a tutti gli obblighi dichiarativi previsti dalla normativa fiscale tempo per tempo vigente, e, ove necessario, di pagamento nell'ambito del quadro del regime del sostituto d'imposta.

Le presenti dichiarazioni sono valide per tutta la durata del Contratto e sono efficaci per tutte le operazioni da effettuare anche dopo la cessazione del Contratto ove ne ricorrano i presupposti ai sensi della normativa applicabile.

11. MANDATO DI COMUNICAZIONE DI INFORMAZIONI

TRA:

SIGNOR Cognome _____ Nome: _____

Nato il____ ____ _____ a _____ Stato di nascita: _____

Indirizzo _____ Codice postale: _____ Città _____Stato _____

(qui di seguito denominato il "1°Contraente"),
(da compilare in caso di due (2) Contraenti)

SIGNOR Cognome _____ Nome: _____

Nato il____ ____ _____ a _____ Stato di nascita: _____

Indirizzo _____ Codice postale: _____ Città _____Stato _____

(qui di seguito denominato il "2°Contraente"),

SIGNOR Cognome _____ Nome: _____

Nato il____ ____ _____ a _____ Stato di nascita: _____

Indirizzo _____ Codice postale: _____ Città _____Stato _____

(qui di seguito denominato il "1° Assicurato")
(da compilare in caso di due Contraenti)

SIGNOR Cognome _____ Nome: _____

Nato il____ ____ _____ a _____ Stato di nascita: _____

Indirizzo _____ Codice postale: _____ Città _____Stato _____

(qui di seguito denominato il "2° Assicurato")

E:

CALI (Crédit Agricole Life Insurance) Europe, avente sede legale a 9 allée Scheffer, Building C, L-2520 Luxembourg, iscritta al Registre du commerce lussemburghese al numero B 75007, rappresentata dal suo Consiglio d'amministrazione attualmente in carica, di seguito denominata "la Compagnia".

PREMESSO CHE:

Il Contraente/Assicurato:
- ha concluso con la Compagnia un Contratto d'investimento assicurativo di tipo multiramo, denominato – CALIE Life Mosaic (I);
- con il presente Mandato dichiara di essere informato che la Compagnia è tenuta a mantenere il segreto professionale assicurativo, così come disciplinato dalla normativa lussemburghese vigente, sull'insieme dei dati che la Compagnia raccoglie nell'ambito dell'esercizio della sua attività professionale (nel prosieguo i "Dati Riservati") e che pertanto a quest'ultima è fatto divieto di comunicare i Dati Riservati a terzi, senza previo mandato formale del Contraente, fatte salve le eccezioni previste dalla legge;
- prendono atto che i Dati Riservati sono tutti i dati raccolti nell'ambito del Contratto, con particolare riferimento a tutte le caratteristiche di quest'ultimo (natura del Contratto, durata, data di sottoscrizione, valore di riscatto, allocazione dell'investimento, ecc...), le modifiche e le operazioni intervenute (Premio Aggiuntivo, modifica del Beneficiario, cessione o pegno del Contratto, Riscatto parziale o totale, ecc...), nonché i dati relativi al Contraente/Assicurato, , al Beneficiario, etc....

LE PARTI CONVENGONO CHE:

Il Contraente/Assicurato, allo scopo di dare attuazione alle finalità di trattamento dei dati indicate nelle presenti Condizioni di Assicurazione, necessarie alla buona esecuzione del Contratto, nonché, al rispetto degli obblighi di legge, regolamentari e contrattuali delle diverse parti contrattuali, autorizza espressamente la Compagnia ed il suo eventuale rappresentante fiscale,

esonerandola espressamente dal segreto professionale, ai sensi della normativa lussemburghese vigente, alla registrazione, al trattamento ed alla comunicazione:

- al Distributore assicurativo e agli eventuali distributori che collaborino con esso in forma di libera collaborazione tramite accordi orizzontali;
- alla Banca depositaria;
- al Gestore finanziario;
- alle Autorità di vigilanza, tributarie e giudiziarie italiane e straniere;
- al gestore degli spazi online, al fornitore dei servizi di accesso agli spazi online;
- alle Società del Gruppo Credit Agricole (salvo espressa opposizione);
- ai riassicuratori e co-assicuratori;
- ai Beneficiari designati;
- al Referente terzo (se designato);

- dei dati comunicati al momento della sottoscrizione del Contratto, così come di quelli in corso di Contratto, con l'obiettivo di valutare i rischi, di stabilire, gestire ed eseguire i Contratti di assicurazione, di adempiere agli obblighi fiscali (anche di reportistica o monitoraggio), legali, di vigilanza con particolare riferimento, altresì alla normativa vigente in materia di polizze vita dormienti e di antiriciclaggio della Compagnia;
- delle informazioni confidenziali relative direttamente o indirettamente al Contratto quando vengono trasmessi dalla Compagnia ai soggetti sopraindicati a nome e sotto la responsabilità esclusiva del Contraente/Assicurato.

I dati e le informazioni vengono gestiti dai summenzionati soggetti nei limiti delle loro rispettive missioni e possono essere trasmessi con ogni mezzo.

La Compagnia è titolare del trattamento dei dati personali e può quindi trasmetterli agli enti ai quali è obbligato per legge a comunicare i dati dei Contraenti e degli Assicurati (se diversi dal Contraente) conformemente al Regolamento generale sulla protezione dei dati (UE 2016/679 approvato il 14 aprile 2016).

Il presente Mandato entra in vigore dalla data di efficacia del Contratto, è irrevocabile e rimane valido per l'intera durata del Contratto anche dopo la cessazione del Contratto.

La sua natura irrevocabile è essenziale per la buona esecuzione, da parte della Compagnia o del suo eventuale rappresentante fiscale e da parte di tutti i soggetti summenzionati, dei rispettivi obblighi, contrattuali, legali e regolamentari. A tale titolo, il Contraente/Assicurato si impegna a fare salvi e tenere indenni la Compagnia, il Distributore assicurativo, la Banca depositaria, il Gestore finanziario, il gestore degli spazi online e il fornitore dei servizi di accesso agli spazi online, contro ogni danno che possa derivare loro dalla violazione da parte del Contraente della previsione di irrevocabilità del Mandato.

Il presente Mandato rimane valido altresì per tutte le operazioni o dichiarazioni, come quelle indicate nelle presenti Condizioni di Assicurazione, che occorre effettuare dopo lo scioglimento o la fine del Contratto ove giustificato dalla normativa applicabile in vigore.

Nel caso in cui ciascuna delle Parti coinvolte nel presente mandato sia soggetta a fusione, acquisizione o trasformazione in un'altra entità, quest'ultima (nel rispetto della legislazione vigente) succederà alle Parti originarie. In questo contesto, ciascuna Parte avrà la facoltà di terminare il presente mandato con comunicazione da inviarsi entro trenta (30) giorni dalla notifica di eventuali fusioni, acquisizioni o trasformazioni. In assenza di tale comunicazione, il presente mandato rimarrà in vigore.

Il presente Mandato è disciplinato dal diritto vigente lussemburghese e per qualsiasi controversia in relazione all'esistenza, interpretazione, validità ed efficacia del mandato sarà competente il Tribunale di Lussemburgo.

Fatto il ____ ____ _____ a _____in tante copie quante sono le Parti.

Firma del 1° Contraente/Assicurato	Firma del 2° Contraente/Assicurato

12. DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

Io sottoscritto, sotto la mia personale responsabilità civile e penale, certifico che le dichiarazioni richieste e fornite per la Conclusione del Contratto sono esatte, veritiere e non reticenti e che, in caso contrario, sono consapevole che queste possono compromettere il diritto alla Prestazione Assicurativa, nonché, rendere il Contratto annullabile oppure comportare il Recesso da parte della Compagnia.

Prima della sottoscrizione del modulo "Informazioni sullo stato di salute dell'Assicurato", io sottoscritto dichiaro di aver verificato l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario.

Dichiaro di sottoscrivere il Contratto per mio conto e che le somme versate a titolo di Premi non hanno provenienza illecita e non sono il frutto di reati di riciclaggio di capitali, di finanziamento del terrorismo o illeciti fiscali e amministrativi. Sono consapevole che la Compagnia potrà chiedere qualsiasi informazione che consideri necessaria, riguardante la mia identità e/o la provenienza delle somme, prima dell'accettazione e della sottoscrizione del Contratto o prima di qualsiasi versamento del Premio.

Mi impegno inoltre ad adempiere a tutti gli obblighi fiscali, sia derivanti dalla sottoscrizione del Contratto che dalle operazioni effettuate in corso di Contratto.

Dichiaro di aver preso conoscenza in tempo utile, prima della sottoscrizione, del KID relativo al Contratto nonché dei KID relativi al Supporto espresso in valuta e ai Fondi espressi in quote disponibili, e di avere espressamente richiesto al Distributore assicurativo di ricevere i suddetti documenti secondo le seguenti modalità:
☐ su supporto cartaceo (opzione predefinita);
☐ su supporto durevole non cartaceo all'indirizzo e-mail indicato nel Dossier Informativo. Selezionando tale opzione, il Contraente acconsente e dichiara di avere un accesso regolare a Internet e che questa modalità di consegna è adeguata al contesto in cui si svolge il rapporto contrattuale con la Compagnia.
Dichiaro di avere espressamente richiesto al Distributore assicurativo di ricevere tutta la documentazione contrattuale della Compagnia secondo le seguenti modalità:
☐ su supporto cartaceo (opzione predefinita);
☐ su supporto durevole non cartaceo all'indirizzo e-mail indicato nel Dossier Informativo. Selezionando tale opzione il Contraente acconsente e dichiara di avere un accesso regolare a Internet e che questa modalità di consegna è adeguata al contesto in cui si svolge il rapporto contrattuale con la Compagnia.
Nota bene!
In ogni caso, il Contraente è stato debitamente informato del suo diritto di ricevere gratuitamente a semplice richiesta una versione cartacea dei suddetti documenti.

Dichiaro inoltre:

- che il presente Modulo di Proposta non impegna né me né la Compagnia a concludere il Contratto;
- che il presente Modulo di Proposta può essere accettato soltanto dalla Compagnia e che nessun soggetto terzo ha il potere di rappresentare la Compagnia né di concludere il presente Contratto;
- di essere stato informato che la Compagnia si riserva il diritto, una volta ricevuto il Modulo di Proposta e prima dell'accettazione, di richiedere ulteriori informazioni, incluse quelle necessarie all'accettazione di una Copertura decesso opzionale;
- di essere stato informato che il Contratto è concluso, dopo l'accettazione del Modulo di Proposta e dopo la data di incasso del Premio Unico iniziale dalla Compagnia, che corrisponde alla data di efficacia del Contratto;
- **di essere stato informato della possibilità di revocare il presente Modulo di Proposta, fino a quando non è informato della Conclusione del Contratto;**
- **di essere stato informato della possibilità di recedere dal Contratto entro trenta (30) giorni dalla data in cui è stato informato della Conclusione del Contratto;**
- **di aver preso atto ed accettato, di conferire alla Compagnia apposito Mandato di comunicazione di informazioni al Beneficiario designato e/o al Referente terzo (qualora designato);**
- di essere stato informato che è suo onere comunicare eventuali aggiornamenti alla Compagnia, così da consentire ai Distributori assicurativi il corretto adempimento degli obblighi di cui alla normativa antiriciclaggio vigente;
- **di essere stato informato che l'Assicurato potrà richiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute con evidenza dei relativi Costi a suo carico;**
- **di essere stato informato che la Compagnia si riassicura presso un'altra entità per rischi specifici e che, in virtù dell'articolo 300 della legge lussemburghese del 7 dicembre 2015 relativa al settore assicurativo, è autorizzata a comunicare a tale riassicuratore le informazioni riguardanti il Contratto;**
- di aver letto e compreso integralmente, in particolare, le caratteristiche del Supporto espresso in valuta ed i Fondi espressi in quote prescelti, di essere stato debitamente informato sulla natura e sui rischi dell'investimento, nonché di aver preso atto ed accettato che la Conclusione del presente Contratto comporta l'assunzione di rischi finanziari a carico dello stesso Contraente;
- di aver compreso che, per i FID, FIC e/o i Fondi esterni la Compagnia non offre alcuna garanzia di valore o di rendimento,

ma s'impegna unicamente al pagamento del controvalore delle quote al netto dei vari Costi, che per definizione sono soggette alle fluttuazioni del valore degli attivi sottostanti, nonché dei tassi di cambio rispetto alla valuta di riferimento;

- **di assumersi il rischio di cambio e di sostenere i relativi costi eventualmente dovuti in base alle scelte effettuate sia sulla valuta di riferimento del Contratto, dei Premi, nonché, delle relative operazioni del Contratto;**
- di aver compreso ed accettato che i Fondi espressi in quote potrebbero investire in titoli, OICR, OICVM ed altri attivi ricompresi tra quelli ammessi dalla legislazione lussemburghese che, possono differire da quelli previsti dalla normativa italiana;
- di aver preso visione di tutte le caratteristiche dei Fondi esterni collegati al Contratto mediante i Documenti contenenti le informazioni chiave per gli investitori ("KIID");
- di aver preso visione di tutte le caratteristiche finanziarie degli Attivi sottostanti i FIC mediante il Regolamento dei FIC;
- che la Compagnia non potrà essere ritenuta responsabile di qualsiasi perdita o responsabilità derivante dal suo investimento;
- di essere stato informato che la Compagnia delega la gestione finanziaria dei FID ad un Gestore finanziario;
- di essere stato informato di tutti i Costi sostenuti alla sottoscrizione e in corso di Contratto e di accettarli integralmente;
- di essere stato informato che la Compagnia, in quanto società del Gruppo Credit Agricole, rispetta tutte le norme relative alle Sanzioni internazionali definite come le leggi, i regolamenti, le misure restrittive di natura obbligatoria che impongono sanzioni economiche, finanziarie o commerciali (in particolare le sanzioni o le misure relative a embarghi, congelamento di fondi e risorse economiche, restrizioni gravanti sulle operazioni con Persone fisiche o giuridiche o su beni o territori determinati), emesse, amministrate o attuate dal Consiglio di sicurezza dell'ONU, dall'Unione europea, dalla Francia, dagli Stati Uniti d'America (incluse le misure adottate dal dipartimento di Stato e dall'Office of Foreign Assets Control collegato al Dipartimento del Tesoro ("Office of Foreign Assets Control" o "OFAC") o da qualsiasi altra autorità competente autorizzata a decidere tali sanzioni. **Di conseguenza, alcuna Prestazione assicurativa potrà essere pagata in corso di Contratto se questo contravviene alle sopraindicate disposizioni.**

Fatto il ____ ____ _____ **a** _____

Firma del 1° Contraente/Assicurato	Firma del 2° Contraente/Assicurato

Io sottoscritto confermo di aver ricevuto, prima della sottoscrizione del Contratto, il Set Informativo che si compone di:

- **KID (Key Information Document) relativi sia al Prodotto che ai Supporti espressi in valuta ed ai Fondi espressi in quote da me scelti;**
- **DIP (Documento Informativo Precontrattuale) Aggiuntivo relativo ai prodotti d'investimento assicurativi;**
- **Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario;**
- **Guida ai Supporti e ai Fondi del Contratto**
- **Modulo di Proposta ed Allegati.**

e di averlo letto attentamente ed interamente accettato.

La presente sottoscrizione si intende apposta in calce ad ogni singolo documento summenzionato.

Fatto il ____ ____ _____ **a** _____

Firma del 1° Contraente/Assicurato	Firma del 2° Contraente/Assicurato

13. ACCETTAZIONE ESPRESSA

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342, comma 2, del Codice Civile, dichiaro di aver esaminato e di accettare espressamente le seguenti clausole delle Condizioni di Assicurazione:

- Articolo 5. Quando si conclude il Contratto? Qual è la data di decorrenza del Contratto?
- Articolo 6. Qual è l'importo minimo del Premio Unico iniziale e dei Premi Aggiuntivi? Come deve essere pagato il Premio?
- Articolo 9. Come posso revocare il Modulo di proposta?
- Articolo 10. Come posso recedere dal Contratto?
- Articolo 11. È possibile cedere o sottoporre a pegno i diritti derivanti dal Contratto?
- Articolo 13. Come sono disciplinate le modifiche del Contratto da parte della Compagnia?
- Articolo 17. Qual è la legge applicabile al Contratto? Qual è il foro competente? E la lingua utilizzata?
- Articolo 18. Come garantiamo la protezione dei dati personali?
- Articolo 19. Potrebbero verificarsi conflitti di interesse?
- Articolo 21.Come si calcola il valore di riscatto del Contratto? Sono previste garanzie?
- Articolo 25. Qual è la Prestazione assicurativa in caso di decesso dell'Assicurato? Quali sono le Coperture decesso previste nel Contratto?
- Articolo 29. Che cosa è il Premio di Rischio?
- Articolo 30. Esistono delle esclusioni?
- Articolo 31. Quali sono i costi del Contratto?
- Articolo 33. Cosa accade se gli attivi finanziari sottostanti di un FID hanno liquidità ridotta o limitata?

Fatto il ____ ____ _____ **a** _____

Firma del 1° Contraente/Assicurato	Firma del 2° Contraente/Assicurato

14. DICHIARAZIONE DEL DISTRIBUTORE ASSICURATIVO

In qualità di Distributore assicurativo dichiaro quanto segue:

- di aver identificato personalmente il Contraente/Assicurato, le cui generalità sono state riportate negli appositi spazi del Contratto, che le firme sono state apposte in mia presenza e che il pagamento del Premio Unico iniziale sarà effettuato con le modalità indicate nel presente Modulo di Proposta;
- di essere stato informato dalla Compagnia in merito alla classificazione del Contratto quale prodotto di investimento assicurativo (IBIP) complesso ai sensi dell'articolo 16 del Regolamento (UE) 2017/2359;
- di aver effettuato la distribuzione del Contratto prestando servizio di consulenza (obbligatoria in casi di prodotti complessi);
- di aver effettuato la valutazione di coerenza rispetto alle richieste ed esigenze del Contraente, nonché di adeguatezza del Contratto, con particolare riferimento all'età, al suo patrimonio complessivo, i suoi obiettivi, nonché, al suo orizzonte d'investimento;
- di aver proceduto alla determinazione del «Profilo dell'Investitore» del Contraente conformemente alle sue obbligazioni;
- dichiara di aver acquisito, prima della sottoscrizione del Modulo di Proposta, ogni informazione utile e necessaria ad identificare le richieste ed esigenze del Contraente e di aver positivamente valutato la coerenza, nonché l'adeguatezza del Contratto;
- di aver fornito al Contraente informazioni oggettive sul Contratto al fine di consentirgli di adottare una decisione informata;
- di aver adempiuto gli obblighi informativi previsti dagli artt. 120 e ss. del D. Lgs. 7 2005, n. 209 e dalla relativa normativa di attuazione mediante consegna al Contraente degli allegati informativi precontrattuali relativi alle informazioni sul Distributore e sul prodotto distribuito, nonché sulle regole di comportamento del Distributore assicurativo;
- di aver informato il Contraente mediante apposita dichiarazione che il Contratto è coerente rispetto alle sue richieste ed esigenze;
- di aver fornito, la dichiarazione di adeguatezza di cui all'art. 14 del Regolamento Delegato (UE) 2017/2359 che specifica la consulenza prestata e indica i motivi per cui il prodotto raccomandato corrisponde alle preferenze, agli obiettivi e alle caratteristiche del Contraente;
- di aver adempiuto agli obblighi di comunicazione e di consegna del Set informativo nell'ultima versione disponibile, secondo le modalità di consegna previste dalla normativa pro tempore vigente e dichiaro di conservare traccia di tale scelta;
- di aver ricevuto la Guida Pratica – Persona Fisica dalla Compagnia. Dichiaro inoltre di aver chiarito e illustrato al Contraente le definizioni e i documenti giustificativi richiesti dalla Compagnia e contenute nella Guida Pratica - Persona Fisica. Il Distributore assicurativo potrà, in ogni caso, visualizzare e scaricare in ogni momento la Guida Pratica - Persona Fisica accedendo al sito della Compagnia www.my-calie.com.

Il Distributore assicurativo, selezionando la seguente casella,

☐ **conferma** che la distribuzione del prodotto è effettuata nel mercato di riferimento individuato dalla Compagnia.
In caso contrario, allegare la Comunicazione del Distributore al di fuori del mercato di riferimento individuato dalla Compagnia *(sintetica e motivata giustificazione della vendita in "area grigia").*

Denominazione del Distributore assicurativo: _____

Cognome e Nome del Distributore assicurativo: _____

Numero di Registro/Iscrizione del Distributore assicurativo: _____

Firma del Distributore assicurativo

CRÉDIT AGRICOLE LIFE INSURANCE

DOSSIER INFORMATIVO

Persona Fisica

In vigore dal 01/11/2026

CRÉDIT AGRICOLE LIFE INSURANCE

DOSSIER INFORMATIVO

Persona Fisica

In vigore dal 01/11/2026

Numero del Contratto (se disponibile): _____
Denominazione/numero del Distributore assicurativo: _____
Cognome e nome del Distributore assicurativo: _____

Il Dossier Informativo – Persona Fisica deve essere completato obbligatoriamente in maiuscolo. In caso di sottoscrizione congiunta, ciascuna Persona Fisica deve completare un Dossier Informativo Persona Fisica.

Documenti di supporto per completare il Dossier Informativo sono disponibili su richiesta.

Avvertenza: Le parole al maschile includono il femminile e viceversa e le parole al singolare includono il plurale.

IDENTIFICAZIONE DELLA PERSONA FISICA

☐ Signor ☐ Signora
Cognome completo: _____
Nome completo: _____
Cognome da nubile: _____
Altro cognome e/o nome utilizzato (es. pseudonimi, cognome e nome d'uso, cognome d'uso, ecc.): _____
Data di nascita (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____
Stato di nascita: _____ Comune di nascita: _____
Nazionalità: 1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____
Data di validità del documento d'identità (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____
La Persona Fisica è un minorenne o maggiorenne sotto tutela? ☐ Sì ☐ No

INDIRIZZO DI RESIDENZA E DETERMINAZIONE DEL REGIME FISCALE "NORME DI SCAMBIO AUTOMATICO D'INFORMAZIONI" - CRS

Via: _____ N° civico: _____
Codice postale: _____ Città: _____ Stato: _____
Numero di telefono: _____ Indirizzo e-mail: _____
Indirizzo di residenza dal (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____
Codice fiscale o equivalente (se applicabile allo Stato di residenza): _____
La Persona Fisica ha un 2° (secondo) indirizzo di residenza? ☐ Sì ☐ No
In caso affermativo, specificare:
Via: _____ N° civico: _____
Codice postale: _____ Città: _____ Stato: _____
Indirizzo di residenza dal (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____
Codice fiscale o equivalente (se applicabile allo Stato di residenza): _____
La Persona Fisica ha cambiato Stato di residenza nel corso degli ultimi 12 (dodici) mesi? ☐ Sì ☐ No
In caso affermativo, specificare:
Via: _____ N° civico: _____
Codice postale: _____ Città: _____ Stato: _____
Indirizzo di residenza dal (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____
Codice fiscale o equivalente (se applicabile allo Stato di residenza): _____

INDIRIZZO DI DOMICILIO (SE DIVERSO DALL'INDIRIZZO DI RESIDENZA)

Via: _____ N° civico: _____
Codice postale: _____ Città: _____ Stato: _____
Indirizzo di domicilio dal (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____

SITUAZIONE FAMILIARE

☐ Celibe/nubile ☐ Divorziato ☐ Vedovo ☐ Convivente ☐ Unione civile ☐ Sposato

In caso di Unione civile o matrimonio, indicare:

Cognome e nome del convivente/coniuge: _____

Regime applicato: ☐ Comunione dei beni

☐ Separazione dei beni[1]

☐ Altro (*specificare*): _____

SITUAZIONE PROFESSIONALE

Categoria professionale	Informazioni obbligatorie da inserire
☐ Dirigente di società ☐ Funzionario ☐ Mandato pubblico ☐ Libero professionista/Indipendente ☐ Lavoratore dipendente/Quadro ☐ Lavoratore dipendente/Non quadro	Funzione/Ruolo: _____ Titolo (se applicabile): ☐ Dott. ☐ Prof ☐ Altro (*specificare*): _____ Dal (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____ Denominazione del datore di lavoro/società: _____
☐ Pensionato ☐ Altrimenti non attivo (*specificare*): _____ _____ _____	Dal (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____ Ultima categoria professionale: _____ Denominazione dell'ultimo datore di lavoro/ultima società: _____ Stato dell'ultimo datore di lavoro/dell'ultima società: _____

Settore di attività della società (attuale o precedente alla pensione/all'inattività)

☐ Settore privato ☐ Settore pubblico

La Persona Fisica specifica il settore di attività:

☐ Attività creative, artistiche e dello spettacolo
☐ Attività di rivendita di automobili e imbarcazioni, pezzi di ricambio
☐ Amministrazione/Funzione pubblica: ruolo diplomatico
☐ Amministrazione/Funzione pubblica: altro *(specificare)*:
_____

☐ Settore digitale
☐ Economia sociale e solidale: associazione
☐ Economia sociale e solidale: organizzazione religiosa
☐ Economia sociale e solidale: altro *(specificare)*:
_____

☐ Educazione - Formazione
☐ Libera professione: notaio
☐ Altra libera professione *(specificare)*: _____
☐ Settore agricolo e agroalimentare
☐ Settore artigianale
☐ Settore edile - Edilizia e lavori pubblici

☐ Settore degli armamenti e della difesa
☐ Settore dei giochi
☐ Settore dei metalli e delle pietre preziose (estrazione, taglio e commercio)
☐ Settore del commercio di lusso e mercato dell'arte (diverso dal settore dei metalli e delle pietre preziose)
☐ Altro settore industriale o commerciale (*specificare*):
_____

☐ Settore di riciclaggio di metalli e non metalli e riduzione dell'inquinamento
☐ Settore finanziario, assicurativo e della gestione patrimoniale per conto di terzi
☐ Attività di gestione patrimoniale per proprio conto
☐ Settore immobiliare
☐ Settore nucleare
☐ Settore turistico, alberghiero e della ristorazione
☐ Settore logistico e dei trasporti
☐ Altro (specificare): _____

[1] Regime matrimoniale incompatibile con una sottoscrizione congiunta.

DATI FINANZIARI E PATRIMONIALI

Reddito annuo complessivo proprio/personale
Scaglione/Importo del reddito complessivo[2]:

☐ < 50.000€[3] *(specificare)*: _____€[3]
☐ da 50.000€[3] a 100.000€[3]
☐ da 100.000€[3] a 200.000€[3]
☐ da 200.000€[3] a 500.000€[3]
☐ da 500.000€[3] a 1.000.000€[3]
☐ > 1.000.000€[3] *(specificare)*: _____ €[3]

Patrimonio complessivo proprio/personale[4]
Scaglione/Importo del patrimonio complessivo[2]:

☐ < 500.000€ *(specificare)*: _____ €[3]
☐ < 500.000€ *(specificare)*: _____ €[3]
☐ da 500.000€[3] a 1.000.000€[3]
☐ da 1.000.000€[3] a 2.500.000€[3]
☐ da 2.500.000€[3] a 5.000.000€[3]
☐ da 2.500.000€[3] a 5.000.000€[3]
☐ da 5.000.000€[3] a 10.000.000€[3]
☐ > 10.000.000€[3] *(specificare)*: _____€[3]

Origine del patrimonio (più opzioni possibili)

☐ Redditi: _____ % *Specificare*: _____
☐ Risparmio: _____ % *Specificare*: _____
☐ Donazione: _____ % *Specificare*: _____
☐ Successione: _____ % *Specificare*: _____
☐ Indennità varie: _____ % *Specificare*: _____
☐ Indennità varie: _____ % *Specificare*: _____
☐ Altro: _____ % *Specificare*: _____

Ripartizione del patrimonio proprio/personale (più opzioni possibili)

☐ Patrimonio immobiliare[5]: _____€[3]
☐ Patrimonio in valori mobiliari[6]: _____€[3]
Totale del patrimonio complessivo: _____€[3]
☐ Ricorso a prestiti personali/debiti[7]: _____€[3] *Specificare*: _____
Totale del patrimonio complessivo al netto dei prestiti/debiti: _____ **€[3]**

PERSONE POLITICAMENTE ESPOSTE

La Persona Fisica esercita o ha esercitato da meno di un anno un'importante carica pubblica (politica, giurisdizionale, militare o amministrativa)? ☐ Sì ☐ No

Un parente della Persona Fisica, o strettamente associato professionalmente, esercita o ha esercitato da meno di un anno un'importante carica pubblica (politica, giurisdizionale, militare o amministrativa)? ☐ Sì ☐ No

[2] Include i redditi professionali, immobiliari, mobiliari, le rendite, le pensioni, ecc.
[3] O equivalente nella valuta del Contratto.
[4] Per determinare il patrimonio proprio/personale, è necessario considerare i beni qualificati come "propri/personali" e la metà dei beni definiti "comuni", conformemente al regime matrimoniale, legale o convenzionale, se applicabile.
[5] Per patrimonio in valori immobiliari, s'intende il valore complessivo del patrimonio immobiliare di ciascuna Persona Fisica.
[6] S'intende il valore complessivo degli strumenti posseduti dalla Persona Fisica maggiorato dei depositi bancari e dei Contratti di assicurazione vita, al netto dei qualsiasi debito. Il Patrimonio in valori mobiliari che fa parte di une comunione dei beni deve essere considerato per metà.
[7] Importo complessivo di debiti e prestiti (capitale e interessi inclusi) della Persona Fisica e/o altri prestiti/debiti da specificare.

DETERMINAZIONE DELLO STATUS DI "US PERSON" – FATCA

La Persona Fisica risponde alle seguenti domande, corrispondenti agli indizi di americanità ai sensi della normativa FATCA, al fine di determinare la sua qualifica FATCA:

		No	Sì
1	La Persona Fisica è cittadino o residente negli Stati Uniti d'America? (passaporto, green card, altro)?	☐	☐
2	La Persona Fisica è nata negli Stati Uniti d'America?	☐	☐
3	La Persona Fisica ha un indirizzo postale o di domicilio negli Stati Uniti d'America?	☐	☐
4	La Persona Fisica ha un numero di telefono negli Stati Uniti d'America?	☐	☐
5	La Persona Fisica ha effettuato un ordine permanente di trasferimento di fondi verso un conto negli Stati Uniti d'America?	☐	☐
6	La Persona Fisica ha dato procura o delega di firma in corso di validità a un soggetto il cui indirizzo è situato negli Stati Uniti d'America?	☐	☐
7	La Persona Fisica ha un indirizzo negli Stati Uniti d'America con l'indicazione "all'attenzione di" o un fermo posta, come unico indirizzo comunicato alla Compagnia?	☐	☐

Se la Persona Fisica ha risposto "**No**" a tutte le domande nella tabella sopra, non è considerato una "US Person" e non è richiesto alcun modulo aggiuntivo

Se la Persona Fisica ha risposto "**Sì**" ad almeno una (1) delle sette (7) domande nella tabella sopra, potrebbe essere considerata una "US Person". In tal caso, per confermare il suo status, la Persona Fisica deve compilare uno dei seguenti moduli:

- modulo W-9 per confermare il suo status di "US Person";
- modulo W-8BEN per confermare il suo status di "non-US Person" *(allegare la documentazione probante lo status di non US Person)*.

A seguito delle informazioni raccolte, la Persona Fisica dichiara di essere una: ☐ non-US Person ☐ US Person

Indicare il Codice fiscale o TIN statunitense, se in possesso:

Codice fiscale statunitense: _____

Per ottenere il modulo W-9 e/o il modulo W-8BEN, la Persona Fisica può contattare il suo Distributore o scaricare il modulo dal sito internet dell'autorità statunitense denominata Internal Revenue Service (IRS):

- per il modulo W-9: https://www.irs.gov/pub/irs-pdf/fw9.pdf
- per il modulo W-8BEN: https://www.irs.gov/pub/irs-pdf/fw8ben.pdf

Se i moduli non sono forniti al momento della sottoscrizione o, in un secondo momento, durante una richiesta di operazione, in caso di variazione di indice di americanità suscettibile di modificare lo status "FATCA" della Persona Fisica, o se la Compagnia dovesse individuare elementi di americanità, alla Persona Fisica saranno richieste informazioni aggiuntive o documenti giustificativi.

In assenza di risposte da parte della Persona Fisica, la Compagnia non potrà evadere la pratica o sarà obbligata a dichiarare il Contratto della Persona Fisica alle autorità fiscali.

RELAZIONI CON IL GRUPPO CRÉDIT AGRICOLE

La Persona Fisica ha rapporti con altre entità del Gruppo Crédit Agricole? ☐ Sì ☐ No

In caso affermativo, specificare il nome delle altre entità del Gruppo Crédit Agricole e il tipo di rapporto intrattenuto con ciascuna di esse: _____

DICHIARAZIONI E FIRMA DELLA PERSONA FISICA

Obblighi legali e regolamentari in materia di lotta al riciclaggio di denaro e al finanziamento di attività terroristiche.

La Persona Fisica dichiara di essere stata debitamente informata degli obblighi legali e regolamentari in materia di lotta al riciclaggio di denaro e al finanziamento di attività terroristiche cui sono soggette le Compagnie assicurative e i Distributori assicurativi. Le informazioni richieste nel presente Dossier Informativo derivano da tali obblighi.

La Persona Fisica autorizza il Distributore assicurativo e la Compagnia a scambiare e a comunicare, in applicazione delle disposizioni legali, le informazioni richieste per la realizzazione dei controlli indicati nel suddetto regolamento.

Obbligo di dichiarazione nell'ambito degli accordi sullo scambio automatico di informazioni stipulati tra i paesi dell'OCSE che partecipano al "Common Reporting Standard" (la cosiddetta "norma CRS").

La Persona Fisica dichiara di essere stata debitamente informata del fatto che le Compagnie assicurative sono soggette all'obbligo di comunicare all'amministrazione fiscale le informazioni relative al Contratto di assicurazione vita sottoscritto da Contraenti la cui residenza fiscale è situata in un Paese altro rispetto a quello della Compagnia d'Assicurazione e in uno Stato che partecipa alla norma "Common Reporting Standard" dell'OCSE in materia di scambio automatico di informazioni.

La Persona Fisica certifica che le risposte indicate nei paragrafi "Identificazione della Persona Fisica", "Indirizzo di Residenza fiscale" e "Dati finanziari e patrimoniali" sono esatte.

Obbligo di dichiarazione nell'ambito dell'accordo intergovernativo FATCA.

La Persona Fisica dichiara di essere stata debitamente informata del fatto che le Compagnie assicurative sono soggette all'obbligo di comunicare all'amministrazione fiscale le informazioni relative ai soggetti statunitensi "US Person".

La Persona Fisica certifica che le risposte fornite nel paragrafo "Determinazione dello status di "US Person" – FATCA" sono esatte.

La Persona Fisica certifica che le informazioni fornite nel presente Dossier Informativo sono complete, esatte e veritiere. Eventuali reticenze, omissioni, inesattezze o false dichiarazioni impegnano la responsabilità della Persona Fisica e, in funzione della loro intenzionalità, possono comportare la nullità del Contratto.

In caso di variazione dell'indirizzo di residenza, della situazione fiscale e/o della qualifica FATCA della Persona Fisica, quest'ultima si impegna a informarne la Compagnia a fornire entro trenta (30) giorni il presente Dossier Informativo aggiornato e i relativi documenti giustificativi.

Fatto il ____ ____ _____ **a** _____

Firma della Persona Fisica	Firma del Distributore assicurativo

CALI Europe - Société anonyme d'assurance vie
Sede legale: 9 allée Scheffer, Building C, L-2520 Luxembourg - R.C.S. Luxembourg B 75007
Indirizzo postale: BP 925, L-2019 Luxembourg
Tél. : (+352) 26 26 70 30 - Fax : (+352) 26 26 70 69

CRÉDIT AGRICOLE LIFE INSURANCE

ALLEGATO AL MODULO DI PROPOSTA

Informazioni sullo stato di salute dell'Assicurato

In vigore dal 01/11/2026

Numero di Proposta: _____

Denominazione del Contratto: _____

In caso di pluralità di Assicurati, ciascun Assicurato deve compilare il Documento.

Avvertenza: Le parole al maschile includono il femminile e viceversa e le parole al singolare includono il plurale.

IDENTITÀ DELL'ASSICURATO

	Assicurato
	☐ Signor ☐ Signora
Cognome	
Nome	
Cognome da nubile	
Data di nascita (gg/mm/aaaa)	
Comune di nascita	
Stato di nascita	
Professione	
Stato civile	☐ Celibe/nubile ☐ Coniugato o convivente ☐ Vedovo ☐ Divorziato o separato
Indirizzo di residenza	
Codice postale	
Città	
Stato	

STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO

1. L'Assicurato soffre di problemi di salute, di malattie, di malformazioni congenite o di problemi in conseguenza di infortuni?

☐ Sì ☐ No

Se sì, specificare:

_____

_____

Le dichiarazioni sullo stato di salute sono utili alla Compagnia per valutare il rischio assunto. Devono essere quindi rilasciate dall'Assicurato con particolare attenzione, tenendo conto delle avvertenze che seguono:

a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del Contratto possono compromettere il diritto alla Prestazione assicurativa;

a-bis) la lettera a) non si applica nei casi in cui il soggetto esercita il diritto all'oblio oncologico;

b) nel caso di prestazioni per il caso di morte o altre coperture che comunque richiedono di acquisire informazioni sullo stato di salute dell'Assicurato:

1) prima della sottoscrizione del questionario sanitario, il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;

2) l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico;

3) l'Assicurato che esercita il diritto all'oblio oncologico non è tenuto a sottoporsi ad accertamenti medici che forniscono indicazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.

***

In base alle informazioni qui fornite, la Compagnia potrà richiedere all'Assicurato ulteriori informazioni e/o approfondimenti medici, inclusi referti o esami medici, necessari alla valutazione e all'accettazione del rischio assicurato. Se l'Assicurato si rifiuta di fornire tali informazioni o sottoporsi alle formalità mediche, la Compagnia si riserva il diritto di non accettare il Modulo di Proposta.

Nota bene!

Se l'Assicurato esercita il diritto all'oblio oncologico, questi non è tenuto a fornire dichiarazioni e indicazioni o a sottoporsi ad accertamenti medici in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi (-> tabella oblio oncologico).

Il diritto all'oblio si esercita trasmettendo alla Compagnia la certificazione rilasciatagli da una struttura sanitaria pubblica o privata accreditata o da un medico dipendente del servizio sanitario nazionale nella disciplina attinente alla patologia oncologica di cui si chiede l'oblio o dal medico di medicina generale oppure dal pediatra di libera scelta.

I Costi per gli eventuali accertamenti medici sono a carico del Contraente e sono rimborsati alla fine del periodo di Recesso dietro presentazione di fattura debitamente pagata e dettagliata.

2) È attualmente l'Assicurato di uno o diversi Contratti di assicurazione? ☐ Sì ☐ No

Se sì, specificare le informazioni seguenti:

Numero di Contratti per i quali è l'Assicurato: _____

Contratto n°1

Nome della Compagnia di assicurazione: _____

Importo investito (in €): _____

Importo della Prestazione assicurativa in caso di decesso (in €): _____

Data di efficacia del Contratto: _____

Oggetto della sottoscrizione: _____

Beneficiari: _____

Contratto n°2

Nome della Compagnia di assicurazione: _____

Importo investito (in €): _____

Importo della Prestazione assicurativa in caso di decesso (in €): _____

Data di efficacia del Contratto: _____

Oggetto della sottoscrizione: _____

Beneficiari: _____

Contratto n°3

Nome della Compagnia di assicurazione: _____

Importo investito (in €): _____

Importo della Prestazione assicurativa in caso di decesso (in €): _____

Data di efficacia del Contratto: _____

Oggetto della sottoscrizione: _____

Beneficiari: _____

Contratto n°4

Nome della Compagnia di assicurazione: _____

Importo investito (in €): _____

Importo della Prestazione assicurativa in caso di decesso (in €): _____

Data di efficacia del Contratto: _____

Oggetto della sottoscrizione: _____

Beneficiari: _____

CRÉDIT AGRICOLE LIFE INSURANCE

DICHIARAZIONI

L'Assicurato attesta di aver preso visione e acconsente al trattamento dei suoi dati personali ed in particolare acconsente al trattamento dei dati particolari (tra cui i dati biometrici, genetici e sullo stato di salute) relativi al suo stato di salute che saranno trattati dalla Compagnia e comunicati ai riassicuratori.

L'Assicurato dichiara che le informazioni e dichiarazioni sopra rilasciate sono esatte, veritiere e non reticenti anche qualora non siano state scritte di suo pugno. L'Assicurato , è consapevole che la non veridicità o inesattezza delle dichiarazioni possono compromettere il diritto alla Prestazione Assicurativa , rendere il Contratto annullabile o comportare il Recesso della Compagnia.

Fatto il ____ ____ _____ **a** _____

Firma dell'Assicurato

CALI Europe - Société anonyme d'assurance vie
Sede legale: 9 allée Scheffer, Building C, L-2520 Luxembourg - R.C.S. Luxembourg B 75007
Indirizzo postale: BP 925, L-2019 Luxembourg
Tél. : (+352) 26 26 70 30 - Fax : (+352) 26 26 70 69

CRÉDIT AGRICOLE LIFE INSURANCE

ALLEGATO AL MODULO DI PROPOSTA

Oblio oncologico

In vigore dal 01/11/2026

L'oblio oncologico è il diritto della persona guarita da un tumore di non fornire informazioni sulla pregressa malattia, né di subire indagini per questo motivo, quando il tempo trascorso e le condizioni di salute la rendono irrilevante.

Ha diritto all'oblio oncologico ogni persona guarita da un tumore il cui trattamento terapeutico si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di dieci anni per gli adulti o da cinque anni per i tumori diagnosticati prima del compimento del ventunesimo anno di età. Con decreto del 22 marzo 2024, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 24 aprile 2024, il Ministero della Salute ha definito l'elenco delle patologie oncologiche per le quali si applicano termini inferiori rispetto a quelli previsti dalla legge sull'oblio oncologico n. 193/2023. La relativa Tabella è riportata di seguito, allo scopo di guidare l'Assicurato nel rilasciare dichiarazioni corrette e veritiere in sede di sottoscrizione del Contratto.

TABELLA DELLE PATOLOGIE PER CUI È PREVISTO UN TERMINE INFERIORE A 10 O 5 ANNI PER LA MATURAZIONE DEL DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO

Tabella delle patologie per le quali è previsto un termine ridotto per il maturarsi dell'oblio oncologico rispetto al limite di dieci anni (o cinque se diagnosi precedente al compimento del 21° anno di età) dalla fine del trattamento o dall'ultimo intervento chirurgico		
Tipo di tumore	**Specificazioni**	**Anni dalla fine del trattamento**
Colon-retto	Stadio I, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio II-III, >21 anni	7
Melanoma	>21 anni	6
Mammella	Stadio I-II, qualsiasi età	1
Utero, collo	>21 anni	6
Utero, corpo	qualsiasi età	5
Testicolo	qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi <55 anni Uomini con diagnosi <45 anni Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfoma di Hodgkin	<45 anni	5
Leucemia	Acute (linfoblastiche e mieloidi) qualsiasi età	5

La Tabella, riportata a puro scopo informativo, è pubblicata nel Decreto del Ministero della Salute 22 marzo 2024 e riportata nel sito web della Compagnia al seguente link https://www.cali-europe.com/it/la-nostra-offerta/le-nostre-soluzioni/le-nostre-soluzioni-italia/i-nostri-prodotti.

Mentre nel DIP Aggiuntivo IBIP sono riportate le corrette modalità di esercizio del diritto. Chieda al Suo medico se può avvalersi del diritto all'oblio oncologico.

CALI Europe - Société anonyme d'assurance vie
Sede legale: 9 allée Scheffer, Building C, L-2520 Luxembourg - R.C.S. Luxembourg B 75007
Indirizzo postale: BP 925, L-2019 Luxembourg
Tel. : (+352) 26 26 70 30 - Fax : (+352) 26 26 70 69